FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

69

Année 1915 **THÈSE** N°

POUR LE

DIPLOME UNIVERSITAIRE

(MENTION : *Médecine*).

PAR

Frida RAPPOPORT

Externe des Hopitaux de Paris.

DES COMPLICATIONS DES KYSTES HYDATIQUES POSTÉRO-SUPÉRIEURS DU FOIE

Président : M. LEGUEU, *Professeur.*

PARIS

LE FRANÇOIS, LIBRAIRE

9 ET 10, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1915

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. LANDOUZY

PROFESSEURS :	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie biologique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU N. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène clinique de la 1re enfance	MARFAN.

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (Henri)	MULON	SCHWARTZ
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESMAREST

Qui nous a guidé dans nos études avec beaucoup de bienveillance et nous a donné le sujet de cette thèse.

Pendant les courts moments que nous venons de passer dans le service de notre maître, le Professeur agrégé Desmarest, nous avons eu l'occasion d'observer un cas de kyste hydatique suppuré de la face postéro-supérieure du foie, qui s'est ouvert dans les bronches.

Malgré un état général des plus mauvais, consécutif à une abondante suppuration datant d'un mois, le malade fut opéré d'urgence par voie transpleurale et à notre grand étonnement, il guérit avec une fistule bilio-cutanée.

Ce fait, observé de près, nous a vivement intéressé.

Nous avons ainsi été amené à chercher dans les nombreuses observations de kyste hydatique du foie publiées, la fréquence de cette évolution et les diverses complications qui peuvent se rencontrer à sa suite.

C'est ainsi que dans le présent travail nous passerons en revue les différents modes de déhiscence des kystes postéro-supérieurs, leurs diverses complications et en particulier la cholerragie.

Nous terminerons en mettant en évidence le traitement qu'il convient d'opposer à chacun de ces accidents.

DES COMPLICATIONS

DES KYSTES HYDATIQUES

POSTÉRO-SUPÉRIEURS DU FOIE

HISTORIQUE

Dans une *première période* que nous appellerons *période anatomique*, les complications pleuro-pulmonaires des kystes postéro-supérieurs du foie sont ignorées et constituent, pour ainsi dire, une trouvaille d'autopsie. C'est ainsi que Morgagni vers la fin du XVIII^e^ siècle parle d'une vieille femme, qui se plaignait depuis longtemps de « douleurs vagues dans la région ombilicale » et qui toussait beaucoup. Elle mourut, un jour, asphyxiée et l'autopsie démontra l'existence d'un kyste hydatique suppuré du foie ouvert dans la plèvre.

Cruveilhier, à l'article Acephalocystes du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, établit que les kystes acéphalocystes du foie situés près de la face convexe progressent du côté du thorax, soulèvent le diaphragme jusqu'à une hauteur plus ou moins

grande, s'ouvrent quelquefois dans la cavité pleurale et plus souvent dans le poumon.

Dans une *deuxième période* que nous appellerons *période clinique*, les complications pleuro-pulmonaires ont pu être décelées chez les malades et c'est ainsi que nous trouvons d'assez nombreuses observations des kystes hydatiques ouverts, soit dans la plèvre, soit dans les bronches, dans les thèses de Cadet de Gassicourt et de Dolbeau en 1856, dans le *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses* de Davaine en 1877, dans la thèse de Duvernoy en 1879, dans celle de Potherat en 1889 et dans les divers recueils périodiques de l'époque. Déjà à ce moment, le diagnostic ayant été établi on était intervenu par des ponctions évacuatrices ou des pleurotomies, en cas d'empyème de nécessité.

Il faut arriver à la *période actuelle*, que nous appellerons *période chirurgicale*, pour voir se généraliser la pratique des interventions directes pour atteindre les kystes postéro-supérieurs et combattre les complications pleuro-pulmonaires. Nous mentionnerons d'abord les ponctions aspiratrices simples (Baccelli), ou suivies d'injection parasiticide dans la poche kystique (Baccelli, Sennet, Debove, Hanot), qui ne sont plus employées à l'heure actuelle tout au moins isolément. En 1879, Israel, le premier, proposa la voix transpleurale en trois temps pour atteindre le kyste de la face convexe du foie.

En France, le professeur Segond publia, en 1888 au III[e] Congrès français de chirurgie, deux cas de kystes hydatiques suppurés ouverts dans les bronches, opérés

avec succès par la voie transpleurale en un seul temps.

Depuis, l'essor étant donné, les interventions se sont multipliées et nombreux ont été les cas de guérisons complètes, enregistrés dans les diverses publications chirurgicales.

CHAPITRE I

ÉVOLUTION DES KYSTES HYDATIQUES POSTÉRO-SUPÉRIEURS DU FOIE

Diverses classifications ont récemment été proposées pour diviser topographiquement les kystes hydatiques du foie. Notamment par Segond et Potherat.

Actuellement on peut classer ainsi les différents types de tumeur :

1° Kyste à type central;

2° Kyste antéro-inférieur;

3° Kyste antéro-supérieur;

4° Kyste postéro-inférieur;

5° Kyste postéro-supérieur.

Ce dernier type forme une entité clinique, bien nette par ses symptomes, son évolution, la difficulté de son diagnostic, les complications qu'il peut faire naitre et le traitement qui lui est propre.

Les symptômes cliniques du kyste hydatique à type

postéro-supérieur, sont, en effet, le plus souvent vagues jusqu'au jour où par suite de son évolution ascendante vers la cavité thoracique, il refoule la moitié droite du diaphragme et la base du poumon.

Ce n'est pas ici l'existence d'une tumeur qui attire l'attention, mais plutôt la déformation de la base du thorax, qui est quelquefois frappante, pour peu que le kyste ait atteint un certain volume et cela est surtout visible si on a soin d'examiner le sujet à distance : le rebord costal est refoulé en dehors, l'obliquité descendante des côtes est diminuée et le thorax évasé dans sa portion inférieure « prend l'aspect d'une cloche, tandis que la partie supérieure n'est que peu ou pas déformée du tout ». (Schwartz)

Les autres signes que nous observons sont ceux d'un épanchement pleural : on note une matité absolue, hydrique de la région correspondant au kyste, les vibrations thoraciques sont complètement abolies, le murmure vésiculaire ne s'entend plus et, par compensation, on observe souvent du skodisme de la région sous-claviculaire et une respiration compensatrice augmentée de l'autre poumon.

Toutefois ici, et c'est avec la ponction exploratrice un point de diagnostic très important, on ne note jamais le souffle doux, lointain et voilé de la pleurésie.

La forme de la matité est celle d'une ligne courbe a convexité supérieure, dont le sommet correspond à la ligne axillaire postérieure, et dans des cas exceptionnels, la convexité peut remonter jusqu'à la clavicule. (Goock, Graham).

Le frémissement hydatique, d'ailleurs rarement observé, n'a guère été constaté dans cette variété, ce qui peut s'expliquer peut-être par l'entrave qu'apportent les côtes à la percussion directe du thorax.

Par contre, deux signes récemment mis en valeur par le Professeur Chauffard, prennent dans cette forme, qui nous intéresse, une grande importance clinique. C'est d'abord le signe du flot transthoracique, qui peut devenir transabdominothoracique; c'est ensuite le signe du ballottement sus-hépatique.

Ce développement exubérant des kystes hydatiques vers le thorax, s'explique par leurs rapports avec le parenchyme hépatique; les kystes se développant toujours du côté de la surface du foie où la résistance qu'ils rencontrent est moins grande.

Quelques auteurs parlent :

1° De l'aspiration de la tumeur au moment de l'inspiration;

2° Du refoulement excentrique produit par la tension abdominale.

En tout cas, c'est par le développement exagéré des kystes, qu'on peut expliquer leur rupture si fréquente dans la cavité thoracique.

A côté de cette évolution, de beaucoup la plus souvent observée, on peut observer l'arrêt du développement de la tumeur, qui cesse de proliférer et qui peut même se calcifier, ainsi qu'on l'a rencontré parfois au cours d'autopsie.

Le plus souvent, l'évolution du kyste est entrecoupée

par l'apparition de complications, dont la principale est la suppuration.

Quelquefois on voit, sans qu'il y ait eu rupture pleurale, à la suite des phénomènes inflammatoires de voisinage, se produire des accidents pleuraux : soit simplement pleurite sèche, soit même pleurésie, avec épanchement plus ou moins abondant.

Nous dirons un mot de celle-ci a propos de l'ouverture des kystes hydatiques dans la plèvre.

Nous allons maintenant envisager la façon dont se produit la dehiscence des kystes postéro-supérieurs. Nous verrons que tantôt par suite de rupture rapide, souvent même traumatique, la tumeur généralement encore aseptique, s'ouvrira plus volontiers dans la cavité pleurale. Tantôt des adhérences s'étant produites à la suite des phénomènes d'inflammation périkystique, une union plus intime avec le parenchyme pulmonaire a pu se créer et l'ouverture sera d'ordinaire à type bronchique.

CHAPITRE II

OUVERTURE DES KYSTES HYDATIQUES POSTÉRO-SUPÉRIEURS DANS LA PLÈVRE

L'ouverture des kystes hydatiques dans la plèvre est une complication qui est relativement peu fréquente.

Davaine sur 68 cas de ruptures, constate 30 fois la déhiscence dans la cavité thoracique, 21 fois dans les poumons, 9 fois dans la plèvre. Parmi les différentes variétés des kystes hydatiques, c'est naturellement au cours du type postéro-supérieur que l'on voit le plus fréquemment se produire ces ruptures. La déhiscence possible dans la séreuse pleurale s'explique par l'absence habituelle d'adhérence entre les feuillets pariétal et viscéral, en dehors de complications surajoutées. Cette déhiscence est tantôt spontanée, le kyste augmentant sans cesse son volume et usant progressivement les fibres diaphragmatiques pour venir prendre contact avec la séreuse, tantôt provoquée ou hatée par un traumatisme de violence variable (chute, coup, choc), atteignant la région de l'hypocondre droit ou même de l'épigastre; quelquefois on a pu incriminer comme

cause occasionnelle une ponction exploratrice ou évacuatrice du kyste.

Au point de vue clinique l'ouverture d'un kyste hydatique de la face postéro-supérieure du foie dans la plèvre, s'annonce le plus souvent par deux sortes de symptomes :

1° De compression pulmonaire ;

2° D'intoxication hydatique.

Le malade, chez qui on avait ou non reconnu auparavant la tumeur parasitaire, est brusquemment pris d'un violent point de côté qui l'arrête anxieux, en proie à des quintes de toux pénibles et à une violente dyspnée.

La face est cyanosée, le pouls est petit, filant, la température monte à 38, 39°. Quelquefois on note des vomissements, de la diarrhée, un peu plus tardivement dans bien des cas, une poussée d'urticaire siégeant surtout sur le thorax et l'abdomen mais pouvant se généraliser.

Ces accidents sont dus surtout à des phénomènes de compression par l'épanchement pleural qui est en train de se constituer, mais l'intoxication hydatique, cause de l'éruption urticarienne, peut, dans certains cas exceptionnels, revêtir un caractère aigu entraînant une mort rapide.

C'est là un point très important qu'il faut bien connaître, car dans certains cas quelques gouttes seulement du liquide kystique pénétrant dans la plèvre, peuvent déterminer de très graves accidents, analogues à ceux observés par plusieurs auteurs à la suite d'une simple ponction exploratrice et qui semblent, d'après les très intéressantes recherches du Professeur Chauf-

fart et de son élève Boidin, devoir être rattachés au choc anaphylactique.

Dans les cas les plus fréquents, assez vite le caractère symptomatique bruyant du début s'atténue et on reconnait à l'examen local les signes d'un épanchement pleural : matité absolue, abolition du murmure vésiculaire remontant plus ou moins haut, quelquefois jusqu'au 2e espace; au cours des gros kystes on peut voir en outre une voussure thoracique évidente avec élargissement des espaces intercostaux.

Toutefois dans des cas exceptionnels, souvent chez des malades porteur d'un kyste méconnu, la rupture dans la séreuse pleurale se fait d'une façon silencieuse et l'épanchement peut n'être reconnu qu'accidentellement.

C'est alors l'examen du liquide qui montrera au médecin l'origine parasitaire de l'épanchement.

Le liquide retiré par ponction est quelquefois limpide mais le plus souvent soit teinté de bile (cholethorax) soit purulent (pyothorax ou cholepyothorax).

Ces deux dernières particularités s'expliquent aisément : la rupture du kyste provoque l'affaissement brusque de la poche et la cholerragie *a vacuo*. Comme la bile est le plus souvent septique, le liquide s'infecte et subit la transformation purulente. Rarement les choses se passent autrement et la rupture intrapleurale d'un kyste à contenu bilio-purulent d'emblée est tout à fait rare.

Nous en trouvons un exemple dans l'observation de Barth et Rist que nous rapportons plus loin et où l'infection biliaire fut très virulente, à type microbien à la fois aérobie et anaérobie.

Quelle sera *l'évolution* de l'épanchement une fois constitué? Il n'a guère tendance à la résorption spontanée et ce n'est que très rarement qu'il diminue et évolue vers l'enkystement. D'ordinaire il s'ouvre au dehors par vomique et si l'infection biliaire n'a pas, comme nous l'avons montré, et c'est le cas le plus fréquent, transformé le cholethorax en cholepyopneumothorax hydatique, la communication avec l'air extérieur se charge aussitôt de cette besogne.

Le pronostic dans ces cas, en dehors des accidents d'intoxication hydatique qui peuvent être souvent plus ou moins rapidement mortels (observation de M. Dufour) ou au contraire légers, dépend avant tout du traitement appliqué.

Duvernoy dans sa thèse (Paris 1879) sur 15 observations signale 12 cas où la mort s'ensuivit, les malades ayant été abandonnés à eux-mêmes ou traités trop tardivement après la transformation purulente; dans 3 cas où les patients furent opérés à temps par pleurotomie la guérison survint.

Plus récemment, dans les observations de Douart, de Bradbury, de Maydl, de Sorel, nous comptons sur quatre cas, deux cas de guérison où le cholethorax fut vidé à temps par pleurotomie, deux cas de mort où le malade ne fut pas opéré ou simplement ponctionné.

Il semble donc bien établi par ces faits qu'en présence d'un épanchement pleural hydatique, le chirurgien doit intervenir le plus précocement possible, et ne jamais hésiter à faire une large pleurotomie.

CHAPITRE III

OUVERTURE DES KYSTES HYDATIQUES POSTÉRO-SUPÉRIEURS DANS LES BRONCHES

L'ouverture des kystes hydatiques postéro-supérieurs dans la cavité pleurale, nous l'avons vu, est due à l'absence d'adhérences. C'est, en effet, dans les cas où l'infection intervient qu'une tendance à l'organisation fibreuse péri-kystique se crée, et que s'organise une symphyse pneumo-diaphragmatique, prélude de l'ouverture bronchique. Il est exceptionnel, en effet, de voir un contenu kystique septique se vider directement dans la cavité pleurale.

La suppuration du kyste peut survenir soit spontanément, soit accidentellement.

Des nombreux germes microbiens ont été décelés dans le pus kystique. Ils peuvent être apportés exceptionnellement par la voie lymphatique ou sanguine, mais ordinairement ils suivent la voie biliaire, que Dupré a pu appeler la voie intestinale indirecte. Il semble, que le

colibacille soit de beaucoup le plus fréquemment rencontré. Lorsque l'infection biliaire est très intense on peut voir se joindre aux germes aérobies des microbes anaérobies, bacillus perfringens, bacillus fragilis en particulier, qui donnent lieu à un développement gazeux très fétide.

Dans la plupart des observations on peut voir, que la production de la suppuration succède à un traumatisme, chute, choc ou plus souvent à une ponction évacuatrice, ou simplement exploratrice, malgré les précautions les plus minutieuses d'asepsie.

Dans ces cas, l'infection de la poche rompue se fait probablement par cholerragie intra-kystique septique.

Cliniquement le début des phénomènes infectieux du kyste hydatique n'est pas toujours éclatant.

Deux symptômes attirent généralement l'attention : la fièvre et la douleur.

La *fièvre* survenant chez un sujet reconnu porteur d'une tumeur jusqu'alors apyretique doit attirer l'attention, elle n'est généralement pas très élevée : 38°5, 39°, mais peut quelquefois, dans les cas très graves, atteindre 40° et présenter des grandes oscillations.

La *douleur* peut-être plus ou moins intense selon les sujets, elle peut revêtir plusieurs types :

1° Prendre l'allure d'une névralgie phrénique.

2° Soit l'allure d'une névralgie intercostale.

A cette douleur spontanée s'ajoute la douleur à la pression au niveau de la région du kyste ; dans les douleurs à type phrénique, on peut la rencontrer dans les différents points décrits par Guéneau de Mussy.

Les phénomènes d'adhérences inflammatoires, qui se produisent entre le diaphragme et le foie, se traduisent encore par des quintes de toux, et quelques frottements pleuraux à l'auscultation.

Quelquefois on constate une augmentation rapide du volume de la tumeur, en même temps de la sonorité, à la percussion à l'endroit où on constatait de la matité jusqu'ici. Il s'agit alors de production des gaz par des germes anaérobies, comme le Professeur Gilbert et Weil l'ont indiqué.

Enfin on voit quelquefois survenir de l'ictère dû à des phénomènes d'angiocholite, ictère qui revet les caractères de variabilité à opposer à l'ictère progressif dû à la compression observé quelquefois au cours des kystes de la face inférieure.

Le Professeur Quenu a insisté utilement sur ce point et a montré que cet ictère annonçait les accidents de cholémie et de cholerragie.

Comme nous avons déjà dit plus haut, la suppuration et la formation d'adhérences amènent presque fatalement la rupture du kyste dans les bronches.

Cette ouverture peut se faire de différentes façons et Rendu a pu distinguer trois variétés anatomiques de communication du kyste avec le poumon :

1° Le kyste hydatique suppuré peut s'ouvrir par un pertuis étroit à travers le diaphragme et communiquer directement, par un trajet plus ou moins tortueux, avec une bronche.

En pareil cas il existe des adhérences intimes entre le foie et le diaphragme, la plèvre et le poumon. Ce

dernier est induré, sclérosé ou gangrèné. L'abcès de cette première variété anatomique est exclusivement intra-hépatique et la fistule est *hépato-bronchique.*

2° La poche kystique n'est plus limitée au parenchyme hépatique, comme dans le cas précédent, elle a ulcéré le diaphragme, mais au lieu de trouver la plèvre soudée à ce dernier, elle la trouve libre d'adhérences. Il en résulte un abcès « en bouton de chemise » ou en « sablier » décrit par Velpeau.

Il se fait un temps d'arrêt dans l'évolution du kyste vers les bronches et c'est par intermédiaire d'une poche sous-pleurale, que se fait la communication avec les voies aériennes. En pareil cas, l'abcès est double, sus et sous-diaphragmatique et la fistule est *broncho-pleurale.*

3° Une dernière variété est la suivante : la collection hépatique chemine à travers le diaphragme, ulcère le poumon et s'y creuse une cavité plus ou moins grande, anfractueuse, qui reste un certain temps sans se faire jour à travers une bronche. Il existe alors une caverne intra-pulmonaire et la fistule bronchique s'ouvre directement dans cette caverne, la fistule est alors *caverno-bronchique.*

Le mode d'ouverture varié du kyste fait prévoir, que la symptomatologie des accidents ne sera pas toujours univoque.

Deux éventualités doivent être surtout envisagées.

Dans les cas exceptionnels où le pus du kyste n'est pas septique, le malade, qui est resté apyrétique peut, jusqu'au moment où il fait sa vomique, ne présenter aucun accident. (Chauffard, Laveran).

Généralement, le mode d'irruption est plus ou moins aigu. Le malade a pu présenter depuis quelque temps une odeur spéciale de l'haleine : odeur d'échinocoque aromatique pénétrante, odeur analogue à celle de la marmelade de prunes fraiche, comme le décrit Eichhorst. Subitement il ressent une douleur dans la région thoracique droite, sensation de déchirure, de rupture, accompagnée d'un état angoissé avec tendance à la syncope.

Selon le trajet de communication entre le kyste et les voies aériennes, la vomique prendra une allure plus ou moins bruyante.

Tantôt nous observons l'expulsion de quelques crachats purulents, véritable vomique nummulaire au milieu de quintes de toux répétées, tantôt la vomique est plus abondante et donne issue à un ou plusieurs verres de pus qui soulagent le malade, tantôt enfin dans le cas de vomique massive, qui peut atteindre plusieurs litres, le patient est presque asphyxié par le flot de pus. La vomique s'accompagne d'une amélioration des phénomènes généraux : la température qui s'élève généralement à son acmé dans les instants qui précèdent la vomique, s'abaisse, et sa courbe dans les jours suivants sera parallèle à l'évacuation de la poche. La dyspnée disparaît tout au moins momentanément, la douleur costale persiste un peu plus longtemps.

Le liquide expectoré est en général très caractéristique.

Au milieu du pus gris-jaunâtre on retrouve des débris de membranes, des petits vésicules ressemblant aux grains de raisins sucés.

Dans les cas où une abondante cholerragie se produit au niveau du kyste, le liquide peut prendre une couleur soit jaune ocre par la bilirubine, soit vert par la biliverdine. Leyden et Guttman ont signalé un cas où le liquide était purement bilieux.

Dans des cas tout à fait exceptionnels, la vomique est absolument limpide, dans ces cas, lorsque l'examen du liquide nous aura montré la nature hydatique de l'expectoration, nous aurons à voir si le liquide n'est pas dû à un kyste hydatique du poumon.

Le pronostic de la vomique est essentiellement variable, selon l'état général du sujet, l'abondance de la poche suppurative et surtout selon le traitement qui est appliqué.

En effet, si on se contente d'un traitement médical, même d'une simple ponction évacuatrice, la suppuration se poursuit intarissable.

Le passage du pus et de la bile irrite la muqueuse bronchique, amenant à la longue des accidents graves : bronchopneumonie, pleurésie purulente, gangrène pulmonaire.

D'une façon générale, l'établissement d'une fistule broncho-hépatique est toujours d'un pronostic fâcheux.

L'évacuation insuffisante du kyste entretient un état infectieux, une suppuration interminable, qui amène la mort, soit par dégénérescence amyloïde, soit par septicémie, soit encore par une hémoptisie foudroyante. La présence de bile dans l'expectoration assombrirait particulièrement le pronostic pour Rendu qui dans trois cas a observé trois fois la mort. C'est là une opinion qui n'est

pas confirmée par les auteurs, et que contredit, en particulier, l'observation que nous rapportons nous-même.

Cyr donne comme statistique le chiffre de 57 pour 100 des morts dans les cas d'ouverture dans les bronches.

Duvernoy cite trente cas non traités, dont vingt sont morts, soit 66 pour 100 de mortalité.

Actuellement, depuis que P. Segond a signalé des résultats favorables à la suite d'intervention, (ses trois malades ayant tous les trois guéris), le pronostic change complètement d'allure.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Avant d'indiquer quelles sont les ressources thérapeutiques et opératoires, qui nous sont offertes pour lutter contre les complications des kystes hydatiques postéro-supérieurs du foie, nous dirons un mot de différents diagnostics à poser.

Lorsqu'on a affaire à un malade, dont le kyste est connu, lors de l'effraction à travers la plèvre où des bronches, nous aurons la notion antécédente de l'affection dont il était porteur. Mais, étant donné, que les kystes hydatiques postéro-supérieurs ont souvent une évolution silencieuse, les complications peuvent dans certains cas, être les signes révélateurs de la tumeur. Si alors on a affaire à une ouverture dans la plèvre, les signes physiques, une fois l'épanchement constitué, sont les mêmes, que dans tout épanchement pleural; c'est pourquoi il faut dépister avec le plus grand soin, le début des accidents, la notion d'un épanchement

rapidement formé, et aussi s'enquérir des symptômes d'intoxication hydatique dans les antécédents du malade, et en particulier, ne pas négliger la recherche des « petits signes de la maladie hydatique », décrits par le Professeur Dieulafoy :

a) Dégoût pour les matières grasses;

b) Régurgitation des gouttelettes huileuses;

c) Douleur dans l'épaule droite;

d) Epistaxis fréquentes;

e) Diarrhée;

f) Poussées d'urticaire.

Toutefois, dans ces cas, c'est surtout la ponction exploratrice qui tranchera la question, amenant tantôt un liquide eau de roche, tantôt un liquide teinté de bile, il est classique d'y rencontrer des débris de vésicules, surtout des crochets.

Lorsque nous avons à faire à une effraction bronchique, nous aurons alors à poser le diagnostic avec les différentes vomiques.

Il faudra d'abord, en cas où le kyste est ignoré, s'enquérir comme précédemment des antécédents du malade, il faudra ensuite préciser l'origine de la vomique et, en particulier, la distinguer des vomiques d'origine pleuro-pulmonaire.

Dans certains cas, il y aura là une grande difficulté, c'est en présence d'une vomique consécutive à un kyste hydatique du poumon.

Ici, l'examen microscopique de la vomique pourra nous induire en erreur. Deux faits sont alors envisagés : 1° La présence de bile presque constante dans les vomiques

du kyste hépatique et : 2° Les signes stéthoscopiques beaucoup plus nets dans la tumeur pulmonaire primitive, caverne qui se vide avec induration périphérique.

Certaines vomiques sous-diaphragmatiques, par exemple la vomique consécutive à un abcès sous-phrénique, peuvent présenter dans leur composition les éléments de la bile, là il faudra quelquefois procéder à l'examen microscopique, à la recherche des scolex.

De même au cours d'accidents très exceptionnels d'abcès consécutifs à la lithiase biliaire, on peut constater la présence de petits graviers qu'il ne faudra pas confondre avec les débris hydatiques.

Il sera tout à fait exceptionnel de faire une erreur de diagnostic avec la vomique d'une pleurésie purulente, d'un abcès du poumon gangrèné.

A côté de l'examen clinique quelques recherches peuvent être pratiquées, c'est d'abord l'examen radioscopique. Il précisera la situation du kyste, son rapport et son degré d'adhérence avec le diaphragme, la valeur de l'épanchement s'il y en a, et même, lorsque le trajet n'est pas trop minuscule, le chemin de la fistulisation. En outre, dans le doute où nous pourrons être de la nature hydatique de la tumeur, nous n'oublierons pas, que différents moyens ont été préconisés pour dépister la nature parasitaire.

Nous les énumérerons sans insister davantage.

1° L'éosinophilie sanguine qui disparait en cas de suppuration le plus souvent et fait place à une polynucléose marquée (Sabrazès).

2° La réaction de fixation de Weinberg.

3° Le précipito-diagnostic de Fleig et Lisbonne.

4° La recherche de l'anaphylaxie passive de Chauffard, Boidin et Laroche.

5° La réaction de l'index antitriptique qui présente un intérêt dans les cas de suppuration où il devient très élevé, alors qu'il ne varie pas généralement dans les kystes non suppurés.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

A l'heure actuelle il ne peut plus être question pour le traitement du kyste hydatique du foie, en général, de traitement autre, que l'intervention radicale. C'est dire, d'autant plus, que les complications septiques auxquelles ils donnent souvent naissance, devront à plus forte raison être uniquement du ressort chirurgical. Un kyste suppuré doit être traité comme un abcès du foie. On ne doit, en aucun cas, recourir à la ponction évacuatrice suivie d'injection modificatrice. Non seulement parce que son rôle curatif est loin d'être absolu et que les dangers de l'infection sont grands au cours d'une intervention qui est aveugle, mais aussi, il ne faut pas oublier les dangers du choc anaphylactique qui se produit plus volontiers à la suite d'une ponction que d'une intervention chirurgicale, dans les kystes suppurés, comme dans les kystes aseptiques.

Dans la voie chirurgicale la question de la modalité

de l'intervention a fait l'objet de nombreuses discussions qui sont résumées et bien mises au point dans l'excellente thèse de Cauchoix.

Pour ce qui est du traitement des complications dont nous venons de faire l'étude, le point de vue est un peu plus spécial.

En effet, les kystes hydatiques postéro-supérieurs du foie peuvent n'avoir aucun rapport avec la paroi abdominale, dont ils sont sensiblement éloignés et viennent, au contraire, s'appliquer sous la face interne de la paroi costale, dont ils sont séparés par le diaphragme et le cul-de-sac pleural, qui vient en ce point s'enfoncer entre la paroi et la cloison musculaire.

Certains procédés anciens sont aujourd'hui abandonnés et nous ne ferons que les énumérer.

Le procédé de Volkmann-Landau consiste à inciser parallèlement au rebord des fausses-côtes.

Lannelongue resèque le bord costal par une incision remontant à deux centimètres au-dessus de ce rebord, s'étendant à trois centimètres en dehors du sternum à l'union de la dixième côte et de son cartilage, en enlevant les 10e, 9e, 8e et parfois 7e cartilages costaux, sans dépasser l'articulation chondro-costale, afin de ne pas intéresser le cul-de-sac pleural. Disons seulement que ces procédés sont rarement appliqués au traitement des kystes postéro-supérieurs; ils sont plutôt prédestinés au traitement des kystes antéro-supérieurs.

Il est logique de supposer que l'incision au point le plus saillant et le plus superficiel de la tumeur en rapport avec la paroi costale sera le chemin le plus court

et le plus direct pour arriver jusqu'au kyste. En effet, la voie transpleuro-diaphragmatique est indiquée depuis 1879 par Israël de Berlin.

Ce chirurgien craignant les dangers de l'ouverture de la plèvre employa la méthode ancienne qui consiste à provoquer des adhérences. Avant d'inciser et comme il avait deux séreuses à ouvrir, la plèvre et le péritoine, il pratiqua l'opération en trois temps.

Genzmer, Bulcau, Herrlich en Allemagne, Owen en Angleterre, Paul Segond en France, ont démontré la possibilité et la facilité de l'opération en un temps, sous le couvert de l'asepsie.

Pour ce qui est du manuel opératoire et de la technique chirurgicale proprement dite, nous n'insisterons pas outre mesure, renvoyant pour cette étude les lecteurs aux traités spéciaux. Nous décrirons simplement les différents temps de l'opération :

a) 1er temps : Incision postéro-latérale, transversale, répondant à la zone de matité.

b) 2e temps, résection sous-périostée de 9e, 10e, et quelquefois 8e côte. Parfois, comme dans le cas relaté par le Professeur Quénu, les espaces intercostaux étant très élargis par le développement du kyste, l'incision simple peut suffire.

c) 3e temps, incision de la plèvre. La production d'un pneumothorax est rarement signalée, il sera bon cependant de recommander à l'aide de déprimer la paroi thoracique au moyen d'une main reposant à plat, au-dessus de l'incision pendant la traversée pleurale.

d) 4e temps, incision du diaphragme.

e) 5e temps. — Ponction du kyste.

f) 6e temps. — Évacuation du kyste, après formolage préalable. Extraction de la vésicule mère, rarement en totalité, le plus souvent on parvient à n'enlever que des fragments.

Tout ce que nous disons des voies d'accès du kyste hydatique de la partie postéro-supérieure du foie, s'applique aussi bien à ses complications.

A. — Traitement des kystes ouverts dans la plèvre.

On a, dans ces cas, rarement affaire d'emblée a un kyste suppuré, il en résulterait, comme nous l'avons montré au cours de notre étude clinique, une pleurésie purulente, nécessitant une thoracotomie d'urgence.

Le plus souvent le chirurgien se trouve en présence d'un cholethorax et la ponction est absolument insuffisante, le liquide se reforme presque immédiatement et la cholerragie interne ne tend qu'à augmenter.

De plus la ponction ne prévient pas l'infection biliaire, et malgré son état aseptique primitif, le liquide ne tarde pas à s'infecter et à donner une pleurésie purulente secondaire.

D'autre part en pratiquant la simple évacuation, on risque de contribuer à répandre aveuglément dans le voisinage, du liquide hydatique et par l'essaimage des vésicules filles où petites filles, provoquer des accidents d'echinococcose secondaire,

Et, point très important, si, comme on doit le faire, on

pratique une large thoracotomie, il sera possible en agrandissant l'ouverture diaphragmatique, qui fait communiquer la plèvre et le kyste hydatique, d'agir et sur l'épanchement et sur le kyste lui-même; ordinairement, en raison de la cholerragie, il faut marsupialiser, après avoir cependant obturé la communication avec la cavité pleurale, en suturant les deux feuillets de la séreuse. Si le kyste n'est pas infecté et la cholerragie insignifiante, on peut procéder à la réduction sans drainage.

Les résultats opératoires sont ici très encourageants : dans les observations que nous rapportons, nous voyons deux cas de guérison après pleurotomie; deux cas de morts après ponction.

B. — **Traitement des kystes ouverts dans les bronches.**

Malgré quelques observations rencontrées dans la littérature médicale, il est exceptionnel que le kyste ouvert dans les bronches puisse spontanément évoluer vers la guérison.

D'ordinaire il faut intervenir; on fait alors une thoracotomie transpleurale avec résection costale plus ou moins large, on a soin de protéger la plèvre, et en cas d'absence d'adhérences solides, on fait une suture des deux feuillets pariétal et viscéral. Dans certains cas on voit par l'incision le diaphragme s'appliquer intimement aux lèvres de la plaie thoraco-pleurale: dans ce cas on n'a qu'à le fixer, avec les bords du kyste incisé à la paroi par quelques points de suture.

Cette première partie de l'opération terminée, on ponctionne la poche et, après formolage, on tente l'extraction de la membrane fertile, puis on s'occupe de la fistule.

Si on trouve le trajet, on le suit à la sonde cannelée et on tombe souvent, en cherchant la communication pulmonaire, sur une caverne remplie de pus et d'hydatide; on nettoie et on établit le drainage des deux poches avec des gros tubes.

Suites opératoires. — A la suite des interventions pratiquées sur les kystes hydatiques postéro-supérieurs compliqués du foie, on observe des accidents que nous allons décrire.

C'est d'abord la *fistulisation* de l'orifice de l'abouchement du kyste à la paroi costale en dehors de tout phénomène de cholerragie. La formation de cette fistule est favorisée par : 1° la rigidité de la paroi thoracique qui s'oppose à l'accolement des lèvres de la plaie; 2° les mouvements continuels du diaphragme, qui *détruisent* le parallèlisme des tissus, déplacent sans cesse le trajet et enlèvent toute tendance à l'accolement. On voit même dans certains cas se produire une carie costale obligeant le chirurgien à un curettage du foyer et à des résections osseuses plus ou moins larges.

Très exceptionnellement on voit une *hémorragie* se produire à la suite de l'ulcération d'un vaisseau par l'élémination d'un fragment suppuratif de la paroi du kyste, ou encore par le contact prolongé des drains. Cette hémorragie a pu dans certains cas être mortelle, mais le tamponnement énergique de la poche peut généralement l'arrêter.

A côté de la fistulisation purulente, qui peut dans certains cas s'établir d'une façon chronique, on peut voir également survenir un écoulement uniquement *biliaire*, présentant des caractères spéciaux : c'est la *cholerragie*.

Nous insisterons d'avantage sur cette complication, qui est un fait clinique relativement peu connu, malgré son importance, ayant pu l'étudier attentivement chez notre malade.

La cholerragie peut, dans certains cas, être *primitive* et survenir au cours de l'opération sous les yeux du chirurgien lors de l'évacuation du kyste et de l'extraction de la membrane mère. Dans un cas semblable le professeur Delbet *put tarir* l'écoulement par la ligature directe du conduit lésé. Plus fréquemment, la cholerragie est plus tardive, elle s'observe soit dans les premières 24 heures qui suivent l'intervention, soit plusieurs jours ou plusieurs semaines après, c'est alors la cholerragie *secondaire*. Il y a même une cholerragie qu'on peut appeler *tardive*, survenant des mois après que le malade a quitté l'hôpital, témoin l'observation de Kehr que nous rapportons, où l'opéré vit le flux biliaire apparaître par la cicatrice au bout de douze mois.

L'abondance de la cholerragie est très variable, elle peut être *totale* lorsque toute la sécrétion biliaire passe dans la cavité kystique, ou simplement *partielle*.

Au point de vue étiologie, la *cholerragie primitive* est certainement le plus souvent une cholerragie *a vacuo*.

La pression diminuant dans la cavité du kyste il y a rupture des parois canaliculaires voisines et irruption de bile dans la cavité.

Au contraire, dans la cholerragie secondaire, qu'elle soit partielle ou totale, survenant souvent à l'intérieur d'un kyste marsupialisé et drainé, d'autres facteurs interviennent.

Le Professeur Delbet a montré que dans ces cas, l'épanchement bilieux peut-être assimilé aux hémorragies secondaires ou septiques, qui compliquent fréquemment les plaies suppurantes anfractueuses et mal drainées : le contact prolongé du pus altère les parois vasculaires et provoque des hémorragies.

D'autres auteurs ont essayé d'interpréter différemment la cause de la cholerragie.

Wechselmann croit que la cholerragie est due à l'ouverture des canaux biliaires dilatés situés à l'intérieur de l'adventice.

Genzmer incrimine une échinococcose secondaire qui viendrait se greffer à l'intérieur des canaux biliaires et les obstruer.

Israël. Landau, dont l'avis se rapproche de celui du Professeur Delbet, accusent l'élimination de la coque conjonctive par suppuration et ouverture des canaux biliaires voisins. Ainsi serait expliqué la plus grande fréquence de la cholerragie au niveau des kystes marsupialisés et drainés.

Korté, Kehr et Rausch constatant une grande altération de l'état général chez leur malade, un gros foie, de l'ictère, de la décoloration des matières, ont pu enfin penser à une oblitération des voies biliaires par angiocholite descendante, ayant pour point de départ la cavité kystique exfoliée et suppurante.

Les signes de la cholerragie. — La cholerragie totale s'accompagne de phénomènes généraux très marqués, inappétence, soif vive, digestions très pénibles, constipation, le malade maigrit rapidement par suite de la mauvaise assimilation des graisses et dans certains cas on a signalé la mort par dénutrition.

De plus la bile qui coule sans cesse par la fistule irrite la peau et provoque des éruptions d'eczéma suintant au pourtour de la plaie.

La cholerragie partielle se manifeste par des symptômes beaucoup plus atténués, troubles gastriques légers; le plus souvent l'état général reste satisfaisant, mais c'est la tendance à la chronicité de la fistule qui est à craindre; ainsi se constitue parfois une vraie infirmité pour le malade.

La cholerragie tardive, survient tantôt silencieusement, tantôt s'annonce par des douleurs au niveau de la cicatrice qui semble guérie, et de quelques phénomènes généraux : frissons, inappétence, légère élévation thermique.

Souvent le chirurgien évitera, en prenant des précautions, les accidents de cholerragie que nous venons de signaler.

Il importe au praticien dans les opérations portant sur les kystes hydatiques du foie, d'agir avec la plus grande douceur.

La membrane mère en particulier devra être enlevée avec une extrême prudence; à l'asepsie opératoire, qui est de régle, devra s'adjoindre une asepsie non moins grande lors de pansements des kystes non suppurés.

Le drainage qui est nécessaire par suite de la suppuration, devra être fait avec des gros tubes qui seront vidés chaque jour soigneusement par l'aspiration. Quand la cholerragie apparait, si elle n'est que *partielle*, le traitement curatif consistera en tamponnement qui le plus souvent suffit à l'arrêter.

En cas de cholerragie *totale* deux éventualités se présentent : ou bien celle-ci survient au moment de l'intervention, on tentera alors la ligature directe du conduit biliaire (Israël, Delbet), ou bien l'écoulement survient plus tardivement, on pourra avoir recours alors au tamponnement de la fistule bilio-cutanée : il se produit ainsi une augmentation de pression dans les canaux biliaires intra et extra-hépatiques, qui sont susceptibles de récupérer leur perméabilité. (Israël, Korach, Quenu).

Au cas où ce tamponnement ne donne pas de résultats et où la cholerragie persiste sans tendance à la diminution, on est autorisé à intervenir directement sur les voies biliaires.

On sait, en effet, que souvent en dehors des cas où il y a un calcul du cholédoque on peut observer de l'angiocholite, qui en même temps qu'elle détermine l'oblitération biliaire, retentit très vivement sur l'état général du malade. On pratiquera dans ces cas très précocement, la cholédocotomie et le drainage de l'hépatique.

Sur ce dernier point, comme dans tout ce qui touche à la question si délicate des complications des kystes hépatiques postéro-supérieurs du foie la sagacité du chirurgien devra être mise à l'épreuve.

De la précocité du diagnostic et partant de l'opportunité de l'intervention dépendra souvent la vie du malade.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

Les observations que nous rapportons se divisent en deux groupes. Les unes concernent les kystes hépatiques postéro-supérieurs ouverts dans la plèvre, les autres, les kystes ayant fait effraction dans les bronches.

Ier Groupe.

Observation I. (Maydl).

Choletorax hydatique. Pleurotomie. Guérison.

Malade de 23 ans, jusque là très vigoureux, subitement atteint de douleurs violentes, de dypsnée et de toux sans expectoration. On constate bientôt un épanchement pleural abondant du côté droit. Guérison. Puis récidive après un an, qui ne cède pas sous l'influence de médicaments, mais amène le malade à consulter.

Côté droit du thorax plus large que le gauche de 6 centimètres, à cause d'un épanchement remplissant la cavité pleurale. Dypsnée, cyanose. Pas de fièvre.

Résection de la septième côte. Incision de la plèvre épaissie, issue d'une grande quantité de liquide bilieux mêlé à un certain nombre de vésicules. On constate une perforation du diaphragme. Nettoyage de la cavité avec une solution saline à 6 p. 100. Drainage large. Guérison complète après 5 mois.

Observation II (Douart).

Cholethorax hydatique. Pleurotomie. Guérison.

Arabe âgé de 40 ans, notablement amaigri, porteur d'une tumeur de la région épigastrique. L'examen de la région fait constater les signes d'un épanchement de la plèvre droite, remontant jusque sous la clavicule; une ponction exploratrice de la tumeur démontre, en ramenant un liquide absolument limpide, qu'il s'agit d'un kyste hydatique du foie. Une seconde ponction faite dans la cavité pleurale droite donne issue à un liquide brun verdâtre, non purulent, ayant l'apparence de bile délayée. Aucune trace d'ictère, conjonctives très nettes. Le 5 mai. Première ponction de la plèvre : 3 litres et demi du même liquide brunâtre, contenant des acides et pigments biliaires.

Le 9 mai. Nouvelle ponction : 2 litres et demi de liquide, ayant les mêmes caractères que le premier.

Le 17 mai. Pleurotomie et drainage. Pansements quotidiens.

Le 29 mai. Issue de débris d'hydatides. Les pansements sont absolument souillés de bile. Température oscillant autour de 38°.

A partir du 25 juin, le liquide devient manifestement purulent, la fièvre monte à 39°.

Le 5 juillet. Résection des 8e et 9e côtes, et ouverture large de la cavité pleurale.

L'exploration permet de trouver un orifice des dimensions d'une pièce de 1 franc, qui permet d'accéder dans le foie à travers le diaphragme. Malheureusement cet orifice était situé

profondément contre le médiastin On se contente de drainer. Une fistule s'établit, qui laisse suinter de la bile pendant plusieurs mois, puis finit par s'obturer.

Le malade a pu être revu en janvier 1900 complètement guéri.

Observation III (Bradbury).

Cholethorax hydatique. Ponctions. Mort.

John T... 27 ans, a été reçu à l'hôpital de Addenbrooks en mai 1882. 10 semaines avant il reçut un coup sur la poitrine avec une boite à lait. Une heure après, il se plaignit d'une douleur progressive à l'épigastre, augmentée par la respiration.

Pendant une semaine, il se sentit fiévreux et il perdit l'appétit, mais depuis il se plaint d'une petite toux sèche avec difficulté à respirer.

Au côté droit du thorax, il y avait une ampliation évidente, les espaces intercostaux sont saillants et les mouvements respiratoires très diminués.

Matité absolue sur tout le coté droit de la poitrine. Respiration lointaine. Cœur devié à gauche.

La matité hépatique s'étend à deux pouces au-delà du rebord costal.

Les urines contiennent des traces d'albumine.

24 mai. Par la thoracentèse, on retire environ 3 pintes de liquide coloré de bile.

En juillet on retire 32 onces de sérosité bilieuse.

Il quitta l'hôpital le 9 août 1882 et vint se faire soigner à la consultation externe, jusqu'en septembre 1883, époque à laquelle il fut admis de nouveau.

A ce moment, dyspnée intense, pas de toux ni de sueurs nocturnes. Le malade est très émacié et cynoasé.

Le coté droit du thorax très distendu par le liquide. Après l'admission, le côté droit du thorax fut ponctionné et 48 onces

furent retirées de liquide opaque jaune et glaireux, contenant des pigments biliaires se coagulant par l'ébullition et ne contenant pas des crochets.

5 octobre. Ponction avec un large trocart on retire un liquide contenant un grand nombre de vésicules hydatiques du volume d'un pois à celui d'une bille.

Le malade mourut subitement le lendemain.

A l'autopsie on découvrit un énorme kyste hydatique du foie, face supérieure, qui occupait l'espace entre le foie et le diaphragme auquel il adhérait et à travers lequel il communiquait avec la cavité pleurale droite, par un orifice circulaire large de trois doigts.

Le kyste et la cavité pleurale étaient pleins d'hydatides de différentes tailles. Le médiastin était très déplacé et le tiers antérieur du côté droit du thorax envahi par la plèvre distendue. Le poumon droit aplati contenait quelques hydatides. Pas d'hydatides ailleurs.

Observation IV (Sorel).

Choléthorax hydatique. Mort.

Léon... 28 ans, entre à l'hôpital de Sétif, le 21 octobre 1879. Santé toujours mauvaise, aspect souffreteux. Actuellement fièvre à exacerbations vespérales. Voussure thoracique à droite en arrière et en bas, à son niveau, matité presque absolue, vibrations thoraciques à peu près abolies, murmure respiratoire très affaibli. Râles humides disséminés.

Le foie déborde les fausses côtes au niveau du lobe gauche; aucune égalité de consistance à ce niveau, mais la pression est douloureuse. Il existe, en plus, une douleur dorsale irradiée vers l'épaule droite, exaspérée par la toux fréquente, pénible, quinteuse, suivie de l'expulsion d'un liquide abondant, visqueux, de coloration jaune, un peu verdâtre, ayant l'aspect, l'odeur et le goût de la bile, cette expectoration quo-

tidienne atteint en moyenne 4 à 500 grammes. De temps en temps expulsion d'un fragment d'hydatides. Pas d'ictère.

La fièvre apparut en même temps que l'expectoration bilieuse, puis la cachexie et le malade mourut le 16 mars 1880.

Autopsie. — Les deux feuillets de la plèvre droite sont adhérents et épaissis ; en arrière et en bas une poche se rompt laissant échapper 200 grammes de liquide biliaire, puis des vésicules hydatiques rompues et colorées en jaune, contenues dans une poche hydatique mère, déchirée et plissée.

Cette cavité est limitée en arrière par la plèvre, en avant, en dedans et en haut, par le poumon plus ou moins altéré, sa base repose sur le diaphragme, cette poche communique avec les bronches plus ou moins dilatées, sa partie déclive est recouverte d'une bouillie biliaire épaisse. A ce niveau, les fibres musculaires du diaphragme ont disparu et les canaux biliaires de la face convexe s'ouvrent dans une cavité kystique; l'un d'eux est très dilaté. Le foie est augmenté de volume, il adhère par sa convexité au diaphragme aminci, il contient un kyste situé en dehors du ligament suspenseur, du volume d'un gros œuf de poule, conservant un liquide limpide et une vingtaine de vésicules filles.

Observation V (Dufour).

Garçon boucher, trente et un ans. Kyste hydatique du foie à évolution thoracique. Brusquement et spontanément, dans la nuit du 5 septembre, violent point de côté dans l'aisselle droite, suivi de dyspnée et d'urticaire.

Entré à l'hôpital le 7 septembre : dyspnée, température 39°, pouls à 110. Le 8 septembre, ponction évacuatrice de la collection thoracique : évacuation d'un litre et demi de liquide eau de roche.

Le lendemain de la ponction, 9 septembre, amélioration, température 38° (deux crachats biliaires).

Le 10 septembre, température 37°5. Le pouls n'en reste pas moins à 104 et la respiration à 36. Dans l'après-midi de ce jour, le malade, vers 3 heures, a une nouvelle poussée d'urticaire, sans élévation de température.

Le 11 septembre, température normale, mais persistance de la dyspnée : 36 respirations (de nouveau, deux crachats biliaires).

Dans la nuit du 12 au 13, étouffements continus, crises de dyspnée calmée par du sirop d'éther.

Le 13, vers midi et demi, le malade est pris subitement d'une nouvelle crise d'étouffement ; il fait des grands efforts pour respirer ; la face est cyanosée ; une injection de morphine calme momentanément les accidents. Mais la cyanose ne tarde pas à reprendre, la température monte à 38°, il y a de la somnolence, sueurs froides ; mort à dix heures du soir.

Autopsie : poumon gauche, lobe inférieur congestionné. Poumon droit symphysé, refoulé jusqu'à la troisième côte. La base sclérosée forme le toit du R. hépatique (on ne peut retrouver trace d'une fistule bronchique, membrane mince décolée de l'adventice et teintée de bile sur la face externe. Le liquide contenu dans le kyste n'est pas jaune, la bile ne l'a pas envahi ; d'autre part il n'est pas suppuré. Il s'agit d'une intoxication hydatique à allure particulièrement lente.

Observation VI (Galliard).

Kyste hydatique de la convexité du foie, ponctionné dans le troisième espace intercostal droit. — Intoxication hydatique.

La ponction pratiquée le 3, est interrompue après évacuation de 550 centimètres cubes de liquide, parce que la malade agitée, accuse une vive douleur et que sa respiration est pénible et anxieuse ; toux légère à l'issue de la ponction. Dans l'après-midi, la toux augmente. Il y a de plus des vomis-

sements bilieux et, dans la soirée, une expectoration sanguinolente assez abondante.

La température, qui était le matin de 36°5, s'élève à 5 heures à 39,°7. La nuit est mauvaise, agitée.

Le 4. Température 37°. Expectoration sanguinolente brunâtre; râles sous-crépitants à la base droite; bronchite généralisée. Langue sale, inappétence. Le soir, 39°6.

Le 5. Température 38°1. Même toux, mêmes crachats, dyspnée. Le soir, 38°. La nuit, insomnie, un peu de délire.

Le 8, 9, 10. Aggravation des phénomènes thoraciques, hémoptysie continue, cyanose.

Mort le 10 dans la nuit.

Autopsie. — Congestion intense des deux lobes inférieurs du poumon. Pas de noyaux d'apoplexie vraie ni infarctus.

Observation VII. (Barth et Rist).

Cholepyopneumothorax hydatique. — Mort.

C... Lucie, 21 ans, entrée le 2 février 1901 à Necker dans le service de M. Barth. L'avant-veille de son entrée à l'hôpital, douleurs abdominales avec vomissements bilieux, le lendemain, fièvre avec ictère.

4 février. — Langue saburrable, foie et rate légèrement tuméfiés. Ictère franc assez intense; selles décolorées, fièvre autour de 38°, traitement : régime lacté, la fièvre tombe, mais l'ictère persiste.

3 mars. — Réapparition de violentes douleurs simulant les coliques hépatiques avec frissons et fièvre; on pense alors à un abcès du foie. Une opération est décidée par M. Routier pour le lendemain, mais elle est différée par l'apparition dans la nuit d'une douleur vive dans le côté droit, s'irradiant depuis l'épaule jusque dans la fosse iliaque, avec expectoration de crachats pneumoniques.

Deux jours après matité, absolue à droite, bruit de flot très net par la succussion hippocratique. Une ponction aspiratrice donne issue à 1 litre 1/2 de pus épais, mal lié, jaune d'ocre, d'odeur fétide contenant tous les éléments de la bile.

17. — Pleurotomie qui donne issue à beaucoup de gaz et à une énorme quantité de pus jaune. L'état reste mauvais les jours suivants, une grande quantité de liquide jaune très fétide s'écoule par les drains et la malade succombe le 23 mars.

Autopsie. — Foie flasque en dégénérescence graisseuse, vésicule biliaire pleine de mucopus qui remplit aussi les voies biliaires intra et extra-hépathiques.

A la partie postérieure de la face convexe du foie, qui adhère fortement au diaphragme, on découvre plusieurs abcès ne dépassant pas le volume d'une noix, de forme irrégulière pleins de pus, teinté en jaune par la bile. Parmi ces abcès dont plusieurs communiquent entre eux, les uns sont creusés en plein tissu hépathique, les autres occupent des cavités arrondies à parois fibreuses ; renfermant des membranes plissées, gélatineuses ou infiltrées de sels calcaires et faciles à reconnaître pour des débris d'hydatides depuis longtemps nécrobiosés. Un de ces derniers abcès a perforé le diaphragme et sa cavité communique par un orifice irrégulier avec la plèvre droite fortement enflammée dans toute son étendue, tapissée de pus jaune et de fausses membranes noirâtres peu épaisses. Poumon sous-jacent totalement hépatisé.

L'examen bactériologique de pus pleurétique y a révélé :

Pneumocoque	Aérobies.
B. coli	—
Bacilus fragilis	Anaérobies.
Staphylococcus parvulus	—

IIe Groupe.

Observation VIII

(Recueillie dans le service du Docteur Desmaret).
(Personnelle).

Kyste hydatique postéro-supérieur du foie, chez un malade atteint d'echinococcose péritonéale secondaire.

Dec... Louis 33 ans, mécanicien entre le 5 juillet 1914, salle Follin, dans le service du Docteur Auvray, à l'Hôpital Broussais pour des crises douloureuses abdominales, dont le début remontait à un mois.

Antécédents. Le malade se rappelle qu'étant à Toulon il jouait fréquemment avec les chiens jusqu'à l'âge de 12 ans.

Aucune affection sérieuse à signaler jusqu'à l'âge de 16 ans.

H. M.., Vers l'âge de 16 ans, le malade s'aperçoit pour la première fois qu'il porte à l'hypochondre droit une tuméfaction assez volumineuse, mais peu saillante, dure et mobile.

Un jour brusquement le malade est pris de violentes douleurs abdominales, de vomissements, de diarrhée et en même temps la tuméfaction disparaît. Il s'alite pendant 8 jours et au bout de ce temps tout semble rentrer dans l'ordre, mais il persiste une sensation de pesanteur dans le ventre, l'appétit est médiocre, le malade a un teint jaune terreux.

Cet état dure pendant 5 ans. Au bout de ce temps, vers l'âge de 20 à 21 ans, alors qu'il faisait son service militaire, le jeune homme constate de nouveau une tuméfaction analogue à la première, mais située un peu plus bas. Il entre alors à l'hôpital militaire de Toulon, où l'on pratique une ponction exploratrice à la seringue de Pravaz, qui permet de retirer du liquide eau de roche. On fait le diagnostic d'un kyste hydatique, siègeant dans la fosse iliaque droite.

Une intervention est décidée par le Docteur Fontan :

il pratique une laparotomie et trouve selon le malade : 1° un kyste volumineux de la fosse iliaque droite, extirpé.

2° Un autre kyste dans le cul-de-sac de Douglas, qui ne peut être extirpé que par fragments.

3° Une série de petits kystes disséminés dans la grande cavité, le long du colon ascendant.

4° L'incision étant prolongée en haut presque vers le rebord costal, un kyste de la face *inférieure* du foie est enlevé d'une façon incomplète. Curettage et drainage de la poche.

Un mois après l'intervention, la cavité pelvienne étant insuffisamment drainée, deuxième intervention : incision postérieure parasacrée, issue d'hydatides en grande quantité; drainage par les plaies antérieures et postérieures.

Le malade reste 2 ans à l'hôpital et sort complètement guéri, mais il est réformé de son service militaire par suite d'éventration sur la cicatrice opératoire.

Pendant dix ans l'état général est satisfaisant, mais de temps en temps on note des poussées d'urticaire.

En 1913, dysurie marquée, le malade entre à Lariboisière dans le service du Docteur Chaput, qui porte le diagnostic de kyste suppuré du petit bassin, lequel est incisé par voie rectale.

Une fois guéri, on propose au malade la cure de son éventration. Au cours de cette intervention on retire quelques hydatides dont un kyste sur l'appendice qui est réséqué.

Le malade sort de l'hôpital en bonne santé et reprend son travail jusqu'au 1er juin 1914. Dans la nuit du 1er juin 1914, trois à quatre heures après le repas, le malade était pris de douleurs très violentes dans la région épigastrique avec ictère, la température monte à 39°. Il accusait aussi une douleur à la base du poumon droit et à l'épaule droite. Durant le mois de juin, à trois ou quatre reprises, le malade a des crises analogues qui rappellent le syndrome pylorique, les douleurs étant soulagées par des vomissements provoqués.

Le 30 juin le malade entre à l'hôpital Broussais dans le

service du Dr Dufour pour ce syndrome douloureux. On constate alors : un foie gros, une vésicule perceptible, il a de la constipation assez marquée avec selles décolorées, de la douleur à la palpation du flanc et de l'hypocondre droit, ainsi que de l'épigastre.

A l'auscultation du poumon on note une diminution du murmure vésiculaire à la base droite.

Examen des urines. — Urines rouges. Albumine notable, pigment brun à l'acide nitrique nitreux.

Examen du sang. — Eosinophilie (27 p. 100), sanguine très abondante.

Le 5 juillet. Passage du malade en chirurgie.

Le 8 juillet. Intervention d'urgence par le Dr Auvray qui pratique une laparotomie transversale. On ne constate pas de kyste hydatique du foie mais des adhérences. Le cholédoque est dilaté : il n'y a pas d'obstacle. On place un drain en T.

Disparition de la fièvre et de l'ictère après l'opération, la cicatrisation de la plaie se fait d'une façon normale.

Une dizaine de jours après l'intervention, le malade est pris d'une quinte de toux pénible, prolongée, suivie du rejet à flot d'un liquide purulent et fétide ayant les caractères de la vomique d'une pleurésie purulente. Puis, huit jours se passent sans que le malade ne présente aucune quinte, mais il continue à rejeter de temps en temps des crachats fétides de couleur vert foncé.

Au bout de ce temps, nouvelle quinte accompagnée d'un rejet de 250 grammes de pus. A partir de cette époque le malade présente quotidiennement des vomiques le matin surtout, remplissant un crachoir soit 150 à 250 grammes. Le pus est épais, visqueux, couleur jaune-verdâtre et quelquefois plus foncé, couleur chocolat, d'odeur toujours extrêmement fétide.

État général. L'amaigrissement est notable. La fièvre oscille autour de 38° avec exacerbations vespérales. A l'examen on constate : à la base du poumon droit, à la *percussion*, un

son tympanique, de l'abolition des vibrations thoraciques; à l'*auscultation*, des gros râles humides et même un véritable gargouillement.

Le 20 août, brusquement la température monte à 39° la respiration devient de plus en plus difficile. Appelé d'urgence le Dr Desmarest intervient. Sous anesthésie locale on pratique une incision en fer en cheval, découvrant les VIIIe et IXe côtes. On incise les muscles qui conduisent sur la coupole diaphragmatique. Une ponction exploratrice permet de découvrir le foyer situé très en arrière. On incise le diaphragme au bistouri, on charge l'incision au doigt et on tombe sur un kyste hydatique suppuré de la face supérieure, occupant l'espace sous-phrénique, d'où s'échappe une grande quantité de pus et un fragment de membrane hydatique, assurant la signature étiologique de l'affection; puis la membrane hydatique est entièrement extirpée.

Deux drains numéro 50 sont placés.

Pendant tout le temps de l'opération le malade accuse une sensation d'étouffement, le pouls est à peine perceptible.

On ne cherche pas la communication hépatobronchique à cause de l'état général du malade.

On fait une piqûre d'éther, d'huile camphrée, on donne de l'oxygène. On fait un pansement à plat, sec.

Le soir élévation de la température à 40°.

Le 21 aout. La malade se sent mieux, la température est à 38,5°: le pouls 124. Pas de toux, ni d'expectoration. En faisant le pansement, on s'aperçoit qu'il est imprégné d'un liquide jaune verdâtre ayant tous les caractères de la bile.

Le 22 aout. Température à 36,8°, meilleur état général. Le pansement et même le lit du malade sont traversés par le même liquide jaune verdâtre. Pas d'ictère. Les selles sont colorées, les urines normales; la digestion se fait d'une façon satisfaisante.

On se trouve en présence d'une chlolerragie partielle.

Le 6 septembre. L'écoulement biliaire est notablement diminué ; les deux drains sont enlevés et remplacés par une mèche.

Le 7 septembre. Poussée de température à 39°. Apparition d'une toux, suivie d'une expectoration bilieuse.

Le 14 septembre. On remet un drain, la température devient tout-à-fait normale, mais l'expectoration bilieuse continue. On administre de l'huile gommenolée en injections hypodermiques. La toux et l'expectoration s'arrêtent au bout de quelques jours. Le malade a engraissé notablement.

Le 2 octobre. Poussée de température à 39°, rien ne s'écoule par le drain. Débridement de la fistule par une pince de Kocher, ce qui amène un flot de bile.

L'écoulement se rétablit néanmoins, quoique notablement diminué.

Le malade sort le 22 novembre avec une fistule bilio-cutanée, au niveau de la cicatrice opératoire, qui l'oblige de garder un petit drain. L'état général est très bon.

Au mois de mars 1915, le malade vient consulter pour sa fistule biliaire ; on constate que le trajet profond de 10 centimètres est dans un état stationnaire. La bile s'écoule goutte à goutte. L'état général est très bon.

On propose au malade d'entrer à l'hôpital, afin de pratiquer un débriquement du trajet et le tamponnement, mais le malade refuse l'intervention.

Observation IX

(Professeur Paul Segond, *III^e^ Congrès français de chirurgie*).

Kyste hydatique postéro-supérieur du foie. — Incision transpleurale. — Persistance d'une fistule. — Nouvelle intervention. — Guérison.

Malade âgée de 37 ans, portant un kyste hydatique de la face convexe du foie. Le foie déborde à peine les fausses-

côtes en avant, tandis qu'en arrière il détermine une voussure très accusée du thorax.

Ponction du kyste le 23 septembre 1887. Il sort un litre de liquide clair.

Reproduction et probablement transformation purulente.

pération le 21 octobre 1887 à la Charité (service du Professeur Frelat). Incision de 12 centimètres sur la 9e cote à sa partie moyenne; résection de 8 centimètres de cette côte; pénétration dans le cul-de-sac pleural, pas d'adhérences. Un aide exerce une pression pour appliquer l'un à l'autre les deux feuillets. Incision du diaphragme, éversion en dehors des deux lèvres maintenues par des pinces, le kyste apparaît qui oscille avec la respiration.

Ponction évacuatrice; le liquide est purulent. Incision de la poche, suture aux lèvres cutanéo-séro-musculaires de la plaie. Evacuation des hydatides filles contenues dans la poche. Lavage à l'eau boriquée, pansement, drainage.

Suites très simples, température normale. Il persiste un trajet fistuleux.

En septembre 1887, le trajet fistuleux persistait; néanmoins le malade avait repris un embonpoint remarquable et ne souffrait pas. Le trajet fistuleux n'atteignait qu'une profondeur de 5 à 6 centimètres. La malade fut chloroformée, l'orifice fistuleux agrandi, on reséqua un petit fragment costal et la cavité fut bourrée de gaze iodoformée.

Au bout de trois semaines, la malade était complètement guérie.

Observation X.

Professeur (Paul Segond) *IIIe Congrès français de chirurgie*).

Kyste hydatique de la face convexe ouvert dans les bronches. Résection de deux côtes. — Guérison.

Femme de 29 ans, envoyée à M. le Docteur Ségond, par le Professeur Bouchard.

Les accidents hépatiques remontent à 1880. Le diagnostic de kyste hydatique du foie est porté en 1881. En 1882 ponction aspiratrice : issue de deux litres de liquide eau de roche.

Deuxième ponction en novembre 1882 : trois litres de liquide. Le mois suivant, début d'accidents graves, d'amaigrissement rapide, indiquant la suppuration. Vomique purulente en avril 1883. Amélioration passagère, en mars 1884 nouvelle vomique purulente et bilieuse. Répétition des accidents en février 1885; depuis lors la malade ne cesse de cracher du pus. Elle en était arrivée à un état si grave, qu'il n'y avait pas d'incertitude à avoir sur l'imminence d'une issue fatale.

Opération, le 12 septembre 1887. Chloroforme difficile, dangereux, en raison de l'état des poumons. Décubitus sur le côté gauche.

Incision de 15 centimètres sur la 9e côte, ayant son milieu sur la ligne axillaire. Résection de 9 centimètres de cette côte et plus tard de 9 centimètres de la 8e côte.

Incision du périoste sous-costal, puis de la plèvre, dont les feuillets sont unis par quelques adhérences, le diaphragme apparaît; il est incisé et éversé en dehors. Le kyste est sous les yeux, on le ponctionne et on retire un liquide eau de roche. On l'incise ensuite et on le fixe aux parois. Il est très grand et s'étend jusqu'auprès de l'appendice xyphoïde. Il contient la main étendue. Les parois sont blanches uniformément régulières.

Tout en haut il y a une petite surface rugueuse à la palpa-

tion et mate à la percussion. On résèque la 8e côte pour l'atteindre, et on tombe sur une véritable caverne pulmonaire remplie de pus, de bile, de mucosités, des vésicules hydatiques plus ou moins altérées, qu'il faut enlever avec une cuillere à soupe.

La suture du kyste à la paroi est achevée et deux drains sont plongés jusque dans la caverne pulmonaire.

Durée de l'opération une heure et demie.

Suites simples : suppression presque immédiate de l'expectoration du pus et de la bile. La température reste un peu élevée le soir, pendant dix jours, puis l'amélioration survient rapidement. La malade a gardé une fistule pendant un an.

Elle est actuellement guérie.

Observation XI (Thèse Bergada).

Kyste hydatique postéro-supérieur du foie. — Vomique purulente. — Hépatotomie transpleurale par M. Paul Segond. — Guérison.

Le nommé D. âgé de 40 ans, emballeur, entré le 20 août 1889 dans le service du professeur Potain, salle Bouillaud n° 7.

Le malade se présente avec un teint jaune terreux, se plaignant de douleurs dans l'hypochondre droit.

Il n'a jamais été bien portant, et on note dans ses antécédents que sa mère est morte à 30 ans de tuberculose pulmonaire et que l'un de ses deux frères est atteint de bronchite chronique.

Lui-même a été soigné en 1873 pour une pleurésie droite : il fit à l'hôpital Lariboisière un séjour de quatre mois. La pleurésie fut guérie sans ponction.

Dans la suite il paraissait s'être entièrement rétabli.

Depuis un an il perd ses forces et l'appétit, il a maigri nota-

blement. Fréquemment il lui arrive de vomir ses repas. Il s'est soigné depuis six mois en se soumettant à un régime lacté partiel.

Pas d'habitudes alcooliques.

Au mois de mai dernier, il fut soigné pour un ictère qui dura six semaines et qui s'accompagna de douleurs dans le côté droit.

Il y a dix jours il fut repris d'ictère, de fièvre, de douleurs sourdes dans le côté droit et dut garder le lit. A son entrée on trouve le malade faible, pouvant à peine se tenir debout.

Il éprouve de la dyspnée, le teint est subictérique; les urines contiennent des sels biliaires.

A l'examen de la poitrine, on constate une légère voussure de l'hypochondre droit et de la sensibilité à la pression. Le foie paraît manifestement augmenté de volume dans toute son étendue, son bord inférieur déborde les fausses côtes et peut être suivi dans l'hypochondre gauche.

La matité hépatique est franche et mesure sur la ligne mamelonnaire, vingt centimètres, sur la ligne médiane, quatorze centimètres.

En arrière, elle remonte jusqu'à la 8e côte.

A l'auscultation du poumon les signes stéthoscopiques sont normaux. Pas de souffles cardiaques.

En présence de la fièvre, qui atteint 39°, des phénomènes ictériques, de l'augmentation uniforme du foie, du début ancien des accidents, on porte le diagnostic de cirrhose hypertrophique probable.

Le 10 octobre à minuit, le malade est pris d'un accès de suffocation et rend, par vomique, une pleine cuvette de pus verdâtre, fétide dans lequel flotte un grand nombre de débris d'hydatides. La dyspnée est extrême, la teinte ictérique a disparu et est remplacée par un teint jaune terreux.

Le 22 octobre. Le malade passe dans le service de la clinique chirurgicale, salle Ambroise Paré n° 16. On ne constate pas de modification de la matité, pas de souffle en arrière,

pas d'égophonie, une légère diminution des vibrations thoraciques. La température vespérale reste à 40°, le matin 37°.

25 octobre. Opération pratiquée par M. le docteur Paul Segond en présence du professeur Potain.

Le chloroforme est donné avec précaution. Une incision de 12 centimètres, est faite un peu en arrière de la ligne axillaire, en pleine matité. Cette incision est faite sur la partie moyenne et le long de la 10e cote, qui est réséquée sur toute la longueur de l'incision. Le périoste sous-costal est fendu et la plèvre ouverte. Le diaphragme fait saillie en s'appliquant contre l'incision, et bien qu'il n'existe pas la moindre adhérence pleurale, il ne se fait aucune pénétration d'air dans la plèvre. Le diaphragme est incisé, saisi aussitôt avec des pinces hémostatiques placées en couronne sur l'ouverture et éversé au dehors.

De la sorte la cavité pleurale est fermée, on est en somme dans l'abdomen.

On aperçoit la face supérieure du foie avec son aspect normal, une ponction est faite avec l'aspirateur Dieulafoy et le corps de pompe se remplit aussitôt de pus.

La couche du tissu hépatique, épaisse d'environ 1 centimètre, qui recouvre la collection est largement incisée et attirée avec des pinces contre la paroi thoracique, pendant qu'un aide presse avec les mains sur cette dernière. Il s'écoule du pus en abondance environ 1.500 grammes.

Ainsi se trouve ouverte une vaste cavité sous-diaphragmatique, dont le pus s'échappe en jet sous l'influence des mouvements respiratoires, comme après l'opération de l'empyème.

En explorant la cavité avec le doigt on peut constater nettement l'existence d'une perforation du diaphragme, par laquelle le doigt s'engage dans le poumon et est comme aspiré par les mouvements du diaphragme.

La cavité évacuée, on place une douzaine de sutures en couronne avec de la soie plate, qui traversent du même coup la

peau, les parties molles, la plèvre, le diaphragme et le tissu hépatique.

En raison de la communication avec les bronches il n'est pas fait de lavage dans la cavité, elle est simplement essuyée avec des tampons imbibés de sublimé et bourrée à la gaze iodoformée.

Le soir même la température est tombée à 37°5 et s'y maintient les jours suivants.

Le pansement est renouvelé tous les jours, deux gros drains sont placés dans la cavité et entourés de gaze salolée.

Pendant les quatre premiers jours, en faisant le pansement, on entend nettement l'air souffler par la perforation du diaphragme, puis ce bruit disparaît.

Le 8e jour il se fait dans le pansement un abondant écoulement de bile qui se répète en s'atténuant les jours suivants.

Le malade reprend ses forces et engraisse tous les jours.

Il se lève au bout de 15 jours.

Le 19 novembre. La cavité est réduite au trajet des drains qui n'ont plus que huit centimètres de longueur.

La respiration s'entend jusqu'au niveau de la fistule. Dans le quart inférieur de la plèvre, elle a un caractère soufflant assez marqué.

Le 25 novembre. La fistule est encore réduite de dimension, le sujet est valide et absolument bien portant..

Observation XII (Guttmann).

(Résumée).

Le 21 octobre 1885, une femme âgée de 33 ans reçue à l'hôpital pour une pneumonie qui avait atteint le lobe inférieur du poumon droit. La veille de son entrée elle avait rendu des crachats fétides d'une couleur jaune d'ocre en quantité abondante.

Le 24 octobre, nous constatâmes la présence de vésicules

d'échinocoques dans les crachats et au microscope nous vîmes de nombreux cristaux du bilirubine.

Le 29, la malade succomba et à l'autopsie on trouva dans la lobe droit du foie une cavité, grande comme une tête d'enfant, qui communiquait à travers le diaphragme avec une cavité pulmonaire de la grandeur d'une grosse noix. Cette dernière cavité était encore remplie de vésicules d'hydratides.

Observation XIII (Leyden).

(Résumée).

Malade âgée de 27 ans, dont l'état de santé était satisfaisant à tous les points de vue, rendait des crachats d'une couleur ocre jaune, ressemblant à de la bile (expectoration intermittante et abondante). Il trouve également des membranes hydatiques et la réaction de bilirubine positive dans les crachats.

Observation XIV de Kehr publiée par Berger).

Il s'agit d'un kyste suppuré de la face convexe du foie, opéré par voie transpleurale. Un an après sa guérison, la cicatrice se rouvre et une cholerragie totale s'établit.

A l'opération on trouve un calcul du cholédoque. Guérison.

C. L., quarante-quatre ans, femme du garde-barrière de Crottorf : 22 août 1898 : Opération de kyste hydatique sous-phrénique du foie. Incision transpleurale en un temps, avec résection d'un morceau de la 8e côte. A partir du 3e jour, cholerragie profuse; selles décolorées.

La cholerragie persiste aussi abondante pendant quatre semaines, puis diminue et cesse au début d'octobre. Aucune atteinte de l'état général.

15 octobre 1899. La malade sort avec une petite fistule

sécrétant encore un peu de pus. Elle revient au pansement. Fermeture de la fistule à la fin de décembre. La guérison paraît complète.

28 décembre 1900. Frissons, vomissements, puis ictère, douleurs, dans l'abdomen supérieur, à droite et au milieu. Pendant quelques jours, la malade se trouve très mal. Le 30 décembre, douleurs dans l'ancienne cicatrice et brusquement issue d'une grande quantité de bile. La fistule continue à donner suffisamment de bile pour nécessiter plusieurs pansements par jour.

La bile coule rarement dans l'intestin; selles quelquefois jaune-clair, le plus souvent décolorées; urines variables. Toutes les deux ou trois semaines légers frissons. Bon état général, appétit excellent, digestion passable. La malade n'a pas perdu de poids; ses forces n'ont pas diminué.

22 janvier 1901. Revue à la clinique. Sur la ligne axillaire postérieure, à la hauteur de la 8e côte, fistule de trois centimètres de diamètre, d'où la bile s'écoule continuellement; elle provient du fond de la fistule; on ne peut ni voir, ni cathétériser l'orifice de communication avec les voies biliaires. Curettage complet. La malade sort le 25 janvier sans aucune amélioration; état général toujours bon.

17 juin 1901. La malade rentre à la clinique, décidée à se faire opérer. Examen : femme de taille moyenne, bien nourrie. Cœur et poumons sains. Pigments biliaires dans l'urine, selle décolorées, léger ictère; à la place déjà indiquée, petit orifice fistuleux, une sonde pénètre de 10 centimètres. Ecoulement continuel de bile claire; grattage énergique, tamponnement solide, cautérisation à la teinture d'iode; le tout sans résultat. On décide d'explorer les voies biliaires, en raison d'une oblitération possible, et, si on ne trouve rien, d'établir une anastomose entre la cavité et le duodénum, en utilisant la vésicule si l'on peut.

3 juillet 1901. Opération. L'ancienne incision est prolongée en avant; la 8e côte est extirpée jusqu'à son cartilage; sec-

tion du cartilage inférieur ; on prolonge l'incision vers la ligne médiane, jusqu'à l'ombilic.

Vésicule grosse, emflammée; on sent dans le cholédoque une grosseur dure, qu'on ne peut mobiliser; après effrondrement du petit épiploon, on tombe sur le tissu pancréatique; on l'incise et on retire un calcul du volume d'une noisette; on ne trouve pas d'autres calculs; des ligatures arrêtent l'hémorragie du pancréas incisé; les fils conservés servent comme repère. Drainage de l'hépatique. On met un fil sur la vésicule, pour l'ouvrir ultérieurement, s'il est nécessaire. Tamponnement. Suture du cartilage costal. Pansement.

Suites. Pas de fièvre. Il s'écoule par le drain chaque jour 200 à 300 grammes de bile claire ; malgré cela, au niveau de l'ancienne fistule, le pansement est chaque jour traversé.

14 juillet. On enlève le drain et les tampons; les fils, même celui de la vésicule, sont tombés ; aussi on ne peut plus trouver la vésicule, et on doit renoncer à l'ouvrir. Jusqu'au 16 juillet, on doit changer le pansement tous les jours ; au bout de deux à trois jours les selles se colorent.

24 août. La malade qui n'a plus perdu de bile depuis huit jours, est renvoyée chez elle.

Il reste encore une petite fistule, donnant nn peu de pus. Bon état général. Selles de coloration normale, augmentation de poids.

CONCLUSIONS

1° Les kystes hydatiques postéro-supérieurs du foie forment bien une variété à part par leurs symptômes, leur évolution, leur gravité et surtout leurs complications.

2° Parmi les complications observées, les unes sont celles communes à tous les kystes hydatiques du foie, les autres, conditionnées surtout par un mode de déhiscence particulier sont propres au kyste à siège postéro-supérieur.

3° La rupture des kystes hydatiques postéro-supérieurs dans la plèvre donne lieu le plus souvent au choléthorax hydatique, qui se caractérise par un épanchement pleural droit rapidement constitué, s'accompagnant quelquefois de signes d'intoxication hydatique.

4° La ponction est un mode de traitement insuffisant, seule la pleurotomie permet d'évacuer le liquide intra-pleural et suivie de l'incision du diaphragme, elle permet en même temps le traitement du kyste et de la cholerragie dont il est le siège.

5° La rupture des kystes hydatiques postéro-supérieurs dans les bronches est plus fréquente que l'ouver-

ture dans la plèvre et s'observe surtout à la suite de phénomènes suppuratifs; elle se termine par vomique.

6° La vomique peut être constituée par du liquide « eau de roche » bilieux, ou purulent selon les cas.

7° La ponction du kyste, ici surtout est insuffisante, puisque l'ouverture dans les bronches amène fatalement la suppuration du kyste, si, ce qui est rare, son contenu n'était pas déjà infecté et la pleurotomie seule permet d'atteindre la communication hépato-bronchique.

8° Cette pleurotomie est suivie quelquefois d'une fistule bilio-cutanée qui peut être ou non purulente.

9° Dans certains cas où il n'y a pas eu cholérragie on observe une fistule purulente sans liquide biliaire.

10° Le traitement dans le cas de fistule se réduira, si l'on a affaire à une cholérragie simple, au tamponnement et, en cas d'échec, au cathétérisme des voies biliaires. Si l'on a affaire à une fistule purulente, on devra souvent y adjoindre une résection costale.

Vu : le Président,
LEGUEU

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Barth et Rist. *Soc. Méd. Hôpitaux*, 1901.

Bergada. — Th. Paris, 1889.

Bodineau. — *Gaz. des Hôp.*, 1910.

Boidin. — *Journal médical français*, 1910.

Bradbury. — *Brit. Méd. Y.*, 1884.

Cadet de Gassicourt. — Th. Paris, 1856.

Cruveilhier. — *Diction. de méd. et chir. pratiques*, 1829, T. I, p. 237.

Cauchoix. — Th. Paris, 1908.

Chauffard. — *Acad. de Méd.* 6 juillet 1909 et 5 juillet 1910.

Davaine. — *Traité des Entozoaires et des mal. verm.*, Paris, 1877.

Debove, Achard, Castaigne. — *Maladies du foie et des voies biliaires* 1910.

Dévé. — Th. Paris 1901.

— *Les Kystes hydatiques du foie*, 1905.

— *Soc. Biol.*, 16 juillet 1904.

— *Revue de Chir.*, 1911.

Dolbeau. — Th. Paris, 1856.

Duvernoy. — Th. Paris, 1879.

Duplay, Reclus. — *Traité de chirurgie*, 2e édit. art. Segond t. VI, p. 990.

Galliard. — *Soc. méd. des Hôpitaux*, Paris 1892, p. 871.
Israël. — *VII^e congrès chir. All.*, 1879.
Israël. — *Deut. Med. Woch.*, 1890, n° 3.
Körte. — *Erfahrungen über die operation der Leberechinococcus, etc.* Beitr. Z. Kl. Chir., 1899, n° 23.
Le Dentu et Delbet. — *Traité de Chir.*, Art. J.L. Faure, t. VIII.
Maydl. — *Ueber subphrenicus Abcess.* Wien, 1894.
Nemrord. — Th. Paris, 1891.
Pothérat. — Th. Paris, 1891.
Quénu. — *Revue de Chir.*, 1910.
Rendu. — *Sem. méd.*, 1892, p. 496.
Segond. — *III^e congrès français de chirurgie*, 16 mars 1888.
Schwartz. — *Chir. du foie*, Doin édit. p. 334.
Sorel. — *Soc. Anat.*, 1880.
Terrier et Auvray. — *Chirurgie du foie.*
Terrier et Dujarier. — *Revue de Chir.*, janvier 1906, vol. 1.

COULOMMIERS
Imprimerie Dessaint et Cie.